

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Eigen risico, GGZ, overlopende DBC
Zaaknummer : 2010.00784
Zittingsdatum : 3 november 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10,11 en 18a (oud) Zvw, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 4 januari 2010 haar, na correctie, ter zake van GGZ-zorg het eigen risico 2008 ad € 150,- in rekening te brengen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 juni 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ter zake van de GGZ-zorg af te zien van incasso van het eigen risico 2008 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2010 aan ver-

zoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2010 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Onder verwijzing naar artikel 7.9 van de verzekeringsvoorwaarden, stelt verzoekster zich op het standpunt dat de startdatum van de behandeling bepalend is voor het van toepassing zijn van het eigen risico. Nu de onderhavige behandeling in 2007 is aangevangen, en destijds al de no-claim is ingehouden, wordt thans ten onrechte het eigen risico 2008 in rekening gebracht. Volgens verzoekster wist de ziektekostenverzekeraar hoogstwaarschijnlijk al meer dan een jaar dat de betalingssystematiek voor de GGZ zou gaan wijzigen. Het is onrechtmatig verzekerden daarmee te belasten. Door haar is een bedrag van € 150,- voldaan. Zij heeft dit bedrag niet retour ontvangen.

Omdat de behandeling medio maart 2008 is gestaakt, heeft verzoekster de nota over de periode van mei 2008 tot januari 2009 retour gezonden.

4.2. Ter zitting heeft verzoekster zich laten vertegenwoordigen door haar belangenbehartiger. Deze heeft namens verzoekster de voornoemde standpunten herhaald. Ter aanvulling is aangevoerd, dat het voornoemde bedrag van € 150,-- inderdaad door de ziektekostenverzekeraar is teruggestort in september 2009. De administratie van de ziektekostenverzekeraar is echter niet op orde. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn reactie aan de commissie veel te veel stukken bijgevoegd als producties, waarvan een aantal geen betrekking hebben op het geschil.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft van 18 mei 2007 tot en met mei 2008 zorg ontvangen van Stichting Pasnassia, een GGZ-instelling. De zorginstelling heeft verschillende nota's ingediend. Van verzoekster werd op 15 april 2009 een bedrag van € 150,- ontvangen, doch dit bedrag is op 21 september 2009 gerestitueerd. Op deze datum werd eveneens een bedrag van € 32,40 aan verzoekster uitbetaald. Van de bank is geen melding ontvangen dat de opdracht niet verwerkt kon worden. Vervolgens is opnieuw een nota ter zake van het eigen risico 2008 verzonden.

5.2. De specialistische GGZ viel in 2007 onder de dekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekostenverzekering (AWBZ). Sinds 1 januari 2008 valt de specialistische GGZ onder de dekking van de zorgverzekering en dienen de kosten te worden gedeclareerd door middel van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen van het ziekenhuis (of kliniek) en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist consulteert.

- 5.3. Voor behandelingen die in 2007 zijn aangevangen en die doorliepen in 2008 mochten zogenoemde ‘overloop DBC’s’ in rekening worden gebracht. In dit geval zijn de kosten over het tijdvak van 18 mei tot en met 31 december 2007 gedeclareerd ten laste van de AWBZ, en die van 1 januari tot en met 15 mei 2008 ten laste van de zorgverzekering. Op deze laatste kosten is het eigen risico van toepassing. Dat de einddatum van de geleverde zorg wordt betwist doet hier niet aan af.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn voornoemde standpunten herhaald. Daarnaast is ter aanvulling aangevoerd, dat het grootste deel van de ingediende producties wel betrekking hebben op het onderhavige geschil.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

In geschil is of de ziektekostenverzekeraar, ter zake van de onderhavige GGZ-zorg, terecht het eigen risico 2008 ten bedrage van € 150,- in rekening heeft gebracht.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.
Artikel 10 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat.

Artikel 7 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico. Artikel 7.1 bepaalt dit eigen risico op € 150,- per kalenderjaar. In artikel 7.3 worden de zorgvormen genoemd waarop het eigen risico niet van toepassing is. Artikel 7.9 van de zorgverzekering luidt als volgt:

“Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.”

- 8.3. De artikelen 7 van de ‘Algemene voorwaarden’ en 10 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij

wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 18a (oud) ziet op het verplicht eigen risico. De GGZ-zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. De artikelen 2.17 en 2.18 bepalen welke kosten buiten het verplicht eigen risico vallen.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt in de eerste plaats vast dat de kosten van de onderhavige zorg vóór 1 januari 2008 werden vergoed vanuit de AWBZ. De stelling van verzoekster dat al een verrekening met de no-claimteruggave 2007 heeft plaatsgevonden, en dat om die reden het eigen risico 2008 niet zou mogen worden berekend, kan daarom geen stand houden. De AWBZ kende geen no-claimteruggave en de zorgverzekering kende tot 1 januari 2008 geen dekking voor GGZ-zorg.
- 9.2. Eerst met ingang van 1 januari 2008 kan op grond van de zorgverzekering aanspraak worden gemaakt op vergoeding van bepaalde GGZ-zorg. De kosten daarvan worden vanaf dat moment gedeclareerd door middel van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Het bepaalde in artikel 7.9 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is in de situatie van verzoekster dan ook pas vanaf 1 januari 2008 van toepassing. Het artikel begint met: "Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd (...)" De term behandeling is aldus gekoppeld aan de DBC-systematiek zodat waar verderop in het artikel wordt gesproken van de "aanvang van de behandeling" niet is bedoeld op een historische aanvangsdatum, maar op de openingsdatum van de DBC. Ook de keuze van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) voor een systeem waarbij gebruik wordt gemaakt van 'overloop-DBC's' wijst daar op. Het alternatief zou immers zijn geweest dat lopende behandelingen niet met ingang van 1 januari 2008 onder de zorgverzekering waren gebracht, maar tot het moment van beëindiging onder de AWBZ zouden zijn vergoed. Een verdere bevestiging is te vinden in de definitie van het begrip DBC, zoals opgenomen in de polis. Ook daar wordt de term behandeling gebruikt, gekoppeld aan de DBC-systematiek. Zou overigens de stelling van verzoekster voor juist worden gehouden, dan zou dit betekenen dat iedere vervolg-DBC van het eigen risico is uitgesloten, aangezien de historische aanvangsdatum van de behandeling in dat geval per definitie in een eerder jaar ligt. Een en ander leidt tot de conclusie dat, nu het hier zorg betreft die ten laste van de zorgverzekering is vergoed, het eigen risico 2008 in beginsel van toepassing is.
- 9.3. De vraag is vervolgens of het hier zorg betreft die niet onder het verplicht eigen risico valt. Artikel 7.3 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bevat een limitatieve opsomming van de uitgesloten zorgvormen. De GGZ-zorg wordt in dit verband niet genoemd.

Terugstorting eigen risico 2008

- 9.4. Verzoekster is over 2008 het eigen risico van € 150,-- verschuldigd. Niet in geschil is dat verzoekster dit bedrag op 15 april 2009 aan de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan. Wat partijen tot de hoorzitting verdeeld hield, behoudens de verschuldigdheid van het bedrag, was of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 150,-- op 21 september 2009 aan verzoekster heeft terugbetaald. Namens verzoekster is ter zitting verklaard dat het bedrag door de ziektekostenverzekeraar is teruggestort. het onderhavige punt is thans niet meer in geschil.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 november 2010,

Voorzitter